Identification de la structure d'accueil :

Personne réferente de la structure
Téléphone
Mail

MSA AUVERGNE
SERVICE ACTION SOCIALE
16 RUE JEAN CLARET
63972 CLERMONT-FERRAND CEDEX 9

RELEVE NOMINATIF ANNUEL DE PRESENCE*
ANNEE :

SEJOURS ORGANISES DANS LE CADRE D'UN ACCUEIL DE LOISIRS ET DE SCOUTISME

Réservée MSA	Nom Prénom de l'enfant	Date de naissance de l'enfant	Nom, Prénom du parent allocataire	N° INSEE	Frequentation journalière : nombre de jours de présence	Nombre d'heures facturées			
						ACCUEIL DU MATIN	PAUSE MERIDIENNE	ACCUEIL DU SOIR	TOTAL

Certifié exact à ,,,,,,,,,,,,,,,,le ,,,,,,,,,,,,,,,,
Signature du Responsable de la structure

***A retourner impérativement avant le 31 mai de l'année N+1**

CACHET DE LA STRUCTURE